Beziehungen zwischen Einweisungsdiagnosen und klinischen Diagnosen

Helmut Pillau

1965

Aus dem Institut für Medizinische Statistik der
Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl FREUDENBERG

BEZIEHUNGEN ZWISCHEN EINWEISUNGSDIAGNOSEN UND KLINISCHEN DIAGNOSEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Helmut Pillau
aus Berlin

München 1965

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Freien Universität Berlin

Dekan: Professor Dr. med. Adalbert LOESCHKE
Referent: Professor Dr. med. Dr. phil. Karl FREUDENBERG
Korreferent: Professor Dr. med., Dr. sc. h. c., Dr. med. vet. h. c.,
Dr. med. h. c. Hans Freiherr v. KRESS

Promoviert am: 24. Juli 1965

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

UNI-Druck, München 13, Amalienstraße 85

INHALT

I. Einleitung

II. Literatur

III. Material und Methodik

IV. Eigene Untersuchungen

V. Diskussion

VI. Zusammenfassung

VII. Literaturverzeichnis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546513_0042

I.

"An der Basis jeden ärztlichen Handelns steht die Diagnose, welche in jedem Krankheitsfall nicht nur als Richtlinie für die Therapie, sondern auch für die Beurteilung der Prognose unerläßlich ist." (HEGGLIN).

Die unbestrittene Notwendigkeit einer richtigen Diagnose kennzeichnet das ärztliche Handeln und die Bemühungen der medizinischen Forschung. Neue diagnostische Methoden werden ständig gefunden, bekannte verbessert. Nicht ersetzbar ist aber bei aller technischer Raffinesse die Person des Arztes, die aus den einzelnen Befunden ein mosaikgleiches Bild zusammensetzen muß. Die Schwierigkeiten dieser Aufgabe sind bekannt. Fehldiagnosen sind unvermeidbar.

Trotzdem darf man sich mit dieser Einsicht nicht zufrieden stellen und muß immer von neuem versuchen, die Zahl der Fehldiagnosen auf ein Minimum zu reduzieren. Mit den Ursachen falscher Diagnosen haben sich zahlreiche Untersuchungen befaßt. Die Häufigkeit falscher Diagnosen besitzt aber ein bisher unbekanntes Ausmaß.

Auf Anregung meines Lehrers, Herrn Prof. Dr. Dr. Karl Freudenberg, habe ich mir zur Aufgabe gemacht, die Häufigkeit von Fehldiagnosen festzustellen. Zusätzlich habe ich versucht, anhand einiger markanter Beispiele weitere Gründe für Fehldiagnosen aufzuzeigen.

II.

In der Literatur finden sich viele Veröffentlichungen, die sich mit dem Problem der Fehldiagnose beschäftigen. Über die Häufigkeit finden sich jedoch keine konkreten Angaben. Es gibt lediglich Vermutungen. M. BÜRGER schreibt in seinem Buch "Klinische Fehldiagnosen" im Nachwort auf S. 467 ff.:

> "Ich glaube, wir sind nicht die einzigen, denen Fehldiagnosen unterlaufen. Hat man mir doch mitgeteilt, daß ein führendes Mitglied der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Dr. Sch., ohne mit der Wimper zu zucken in einer Ärztebesprechung mitteilte, er rechne mit 60% Fehldiagnosen in Schlesw.-Holstein, an deren Landesuniversität ich meine klinische Ausbildung erhielt."

Es handelt sich hier um das Zitat einer Vermutung, eine eigene Ansicht über die Fehlerrate äußert Bürger jedoch nicht.

Durch die Fach-, teilweise auch die Laienpresse, ging kürzlich eine Nachricht, die ich hier nachfolgend zitiere. Unter der Überschrift: "BETRUG" IM INTERESSE DES PATIENTEN? heißt es, daß nach Ansicht des Utrechter Chirurgen Dr. Koppert zahlreiche Ärzte in den Niederlanden dazu übergegangen sein sollen, auf den Krankenscheinen falsche Diagnosen anzugeben. Nur so hätten den Patienten Medikamente verschrieben werden können, auf die sie bei richtiger Diagnose keinen Anspruch gehabt hätten.

Dr. Koppert habe zugegeben, selbst in mehreren tausend Fällen diesen "Betrug" begangen zu haben.

III.

Um eine möglichst große Zahl vergleichbarer Fälle untersuchen zu können, habe ich das Krankengut eines Krankenhauses im Zeitraum eines Jahres bearbeitet. Bei diesen Patienten wurde einmal vom einweisenden Arzt eine Diagnose gestellt, anschließend wurde eine zweite Stellungnahme durch die Krankenhausärzte niedergelegt. Für meine Untersuchungen war dies insofern notwendig, als zwei Diagnosen zu demselben Krankheitsgeschehen innerhalb relativ kurzer Zeit gestellt werden mußten. Sämtliche Angaben waren zudem in einer Krankengeschichte schriftlich fixiert und damit ständig erreichbar und zu kontrollieren.

Um einen Ausgangspunkt für meine Untersuchungen zu finden, ging ich von der Annahme aus, daß die im Krankenhaus gestellte Diagnose richtig sei. Für diese Annahme spricht die schon allein durch die besseren technischen Möglichkeiten hinreichend begründete größere Wahrscheinlichkeit, daß im Krankenhaus eine Fehldiagnose leichter zu vermeiden ist als in der Praxis.

Zur Bearbeitung der einleitend zur Diskussion gestellten Fragen untersuchte ich das Krankengut der Inneren Abteilung eines größeren Krankenhauses in Berlin im Jahre 1961.

Zunächst legte ich zu jeder Krankengeschichte eine Karteikarte an, auf die ich folgende Daten übertrug:

1.) Nummer der Krankengeschichte
2.) Geschlecht des Patienten
3.) Geburtsjahr des Patienten und, daraus folgernd, das Lebensjahrzehnt, in dem er sich befand
4.) Einweisungsdiagnosen
5.) Einweisender Arzt
6.) Klinische Diagnosen

Einige Krankengeschichten waren nicht erreichbar, da sie z. B. an andere Krankenhäuser oder an Gerichte ausgeliehen waren. Diese Fälle mußten daher unberücksichtigt bleiben.

Anschließend wurden sämtliche Diagnosen nach der "Deutschen Systematik der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen" verschlüsselt. (Siehe Anhang).

Dabei war es öfters schwierig, die Angaben der einweisenden Ärzte, die zum Teil auch deutsch waren, einem genauen Krankheitsbild zuzuordnen.

Häufig waren die Einweisungsdiagnosen als Überbegriff zwar richtig, aber nicht genau. Während ein Patient z. B. mit "Bluthochdruck" eingewiesen wurde, ist diese Bezeichnung in der Systematik allein in vier Begriffe unterteilt. Außerdem geht aus dem alphabethischen Verzeichnis der Krankheitsbezeichnungen hervor, daß Bluthochdruck in verschiedenen Kombinationen mit anderen Befunden auch noch in zahlreichen anderen Positionen vorkommt. Um eine möglichst korrekte und gleichmäßige Beurteilung richtiger Diagnosen zu erreichen, habe ich daher sämtliche Sammelbezeichnungen, unvollständige oder unpräzise Angaben, in dem Vergleich der Diagnosen als unzureichend angesehen.

Unberücksichtigt blieben bei der Verschlüsselung Symptome, Befunde oder Nennung eines Organes, die häufig statt der Einweisungsdiagnose oder als Zusätze zu ihr auf den Einweisungsscheinen vermerkt waren.

Durch Vergleich der Schlüsselzahlen ließ sich nun leicht die Übereinstimmung der Diagnosen feststellen.

Jetzt konnte ich auf dem rechten oberen Rand jeder Karteikarte folgenden Zahlenschlüssel übersichtlich anbringen:

1.) Anzahl der Einweisungsdiagnosen
2.) Anzahl der Symptome, Befunde oder Organe
3.) Anzahl der Verdachtsdiagnosen ("Verdacht auf ...")
4.) Anzahl der klinischen Diagnosen
5.) Anzahl der Einweisungsdiagnosen, die in der Klinik bestätigt wurden.

Nachdem die Angaben der Krankengeschichten nun derart aufbereitet worden waren, begann ich mit der Auszählung nach den verschiedenen Gesichtspunkten.

1.) Zahl der Patienten, unterteilt nach Geschlecht
2.) Verteilung der Patienten auf die Altersgruppen

Anschließend mußten folgende Karteikarten aussortiert werden:

1.) Notaufnahmen, da sie keine Einweisungsdiagnose enthalten
2.) Gutachten, da sie ebenfalls ohne Einweisungsdiagnose aufgenommen wurden
3.) Unvollständige Karten, weil die Einweisungsdiagnose unleserlich war
4.) Karten, die über Patienten des Herrn Chefarztes angelegt waren und daher ohne Einweisungsdiagnose waren.

Diese Karten wurden ebenfalls nach Geschlecht und Altersgruppe ausgezählt und von der Gesamtzahl abgezogen.

Bei den vollständigen Karten konnten nun die rechts oben angebrachten Zahlenschlüssel ausgezählt werden.

In einem weiteren Arbeitsgang wurden die Krankheiten nach ihrer im Krankenhaus festgestellten Häufigkeit ausgezählt. Dabei wurden die Fälle danach sortiert, ob sie bereits vom einweisenden Arzt mit der gleichen Diagnose eingewiesen worden waren oder nicht.

Hierbei erhielt man eine weitere Kontrolle über die in den vorhergehenden Zählungen gewonnenen Ergebnisse.

IV.

Nach der technischen Auswertung ergibt sich nun folgendes Bild:

Bearbeitet wurden insgesamt 1597 Krankengeschichten. Wegen unvollständiger Angaben konnten 240 Fälle nicht verwertet werden. Es blieben damit 1357 Fälle, die für die weitere Untersuchung zur Verfügung standen. Es wurden bei diesen Kranken insgesamt 1695 Einweisungsdiagnosen (ED) gestellt.

Weitere 118 Diagnosen wurden ausdrücklich nur als Verdacht geäußert. Das ergibt eine Summe von 1813 ED.

Statt der ED oder zusätzlich zu ihr wurden 192 mal Symptome, Befunde oder lediglich ein Organ genannt. Es fanden sich zum Beispiel folgende Angaben:

Oedeme, Ascites, Singultus, schlechter AZ, Bauchbeschwerden, Schwächezustände, Nahrungsverweigerung,
oder: Fieber, hohe Temperaturen, Koliken rechts, Status nach Fall, Blutdruck 300,
und: Leber, Galle, Magen, geschwollene Leber.

Diese "Diagnosen" sind also in der oben genannten Zahl von 1695 ED nicht enthalten.

Drei Patienten wurden eingewiesen, die statt einer ED mit dem Vermerk "z. B." aufgenommen wurden.

Vier Patienten wurden zur "Durchuntersuchung", einer zur "Leberdurchsicht" geschickt.

Ein Arzt hatte als Grund für die Krankenhauseinweisung eine Gallenblasenentzündung angegeben. Im Krankenhaus wurde jedoch festgestellt, daß die Patientin überhaupt keine Gallenblase mehr hatte.

In der Klinik wurden 2514 Diagnosen gestellt. Durch Vergleich zeigte sich nun, daß von den 1813 ED nur 887 bestätigt worden sind. Das sind 48,9%.

Wichtiger und aufschlußreicher ist es, von den im Krankenhaus festgestellten Krankheiten auszugehen und zu untersuchen, wieviele dieser Krank-

heiten bereits vom einweisenden Arzt erkannt wurden. Dann kommt man nämlich zu dem Ergebnis, daß von den insgesamt 2514 in der Klinik festgestellten Erkrankungen nur 887 bereits bekannt waren. Das entspricht einem Wert von 35,3%.

Große Unterschiede ergeben sich aber bei der Differenzierung nach Krankheitsgruppen und in besonderen Fällen auch nach einzelnen Krankheiten. Zunächst seien die Ergebnisse in der Reihenfolge der Dezimalklassifikation aufgeführt (s. Tabelle 1), im Anschluß sollen einige Beispiele gegenübergestellt werden.

In der Gruppe der infektiösen und parasitären Krankheiten, 00-19, wurden 219 Erkrankungsfälle in der Klinik diagnostiziert. 138 dieser Patienten kamen bereits mit der richtigen Diagnose zur Aufnahme. Das bedeutet, daß 63,0% der Krankheiten aus dieser Gruppe von den einweisenden Ärzten erkannt wurden. Innerhalb dieser Gruppe gibt es noch erhebliche Unterschiede (Tab. 2). Die Tuberkulose der Atmungsorgane z. B. war lediglich einmal auf den Einweisungsscheinen vermerkt, während bei fünfzehn Patienten eine Tuberkulose im Krankenhaus gefunden werden konnte. Im Gegensatz dazu liegt bei Scharlach mit 43 vom einweisenden Arzt richtig erkannten Erkrankungen und nur zwei nicht festgestellten Fällen der Prozentsatz der zutreffenden ED weit über dem schon günstigen Durchschnitt dieser Gruppe und erst recht über dem Gesamtergebnis. Ähnlich gut sind die Ergebnisse bei den anderen "Kinderkrankheiten". Bei den Erkrankungen an Masern stehen 42 erkannte Infektionen nur drei unerkannten gegenüber. Die Virusinfektionen waren mit 90 Erkrankungsfällen am häufigsten vertreten. Sie bestimmen mit 58 eingewiesenen Fällen, was einem Prozentsatz von 64,4% richtiger ED entspricht, das Gesamtergebnis dieser Gruppe.

Die nun in der Klassifikation folgenden Nummern 20-27 beinhalten die malignen und benignen Tumoren und Geschwülste unbekannten Charakters. Da die Malignome hier von besonderem Interesse sind, habe ich auch hier die Ergebnisse weiter aufgeschlüsselt (Tab. 3). Von insgesamt 107 im Krankenhaus gefundenen Tumoren waren 11 benignen oder unbekannten Charakters. Neun dieser Tumoren wurden nicht vom einweisenden Arzt erkannt. Von den 96 bösartigen Geschwülsten waren lediglich 19 die Ursache, die zur Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus geführt

Tabelle 1

Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
00 - 09	92	59	64,1 %
11 - 19	127	79	62,2 %
21 - 27	107	21	19,6 %
30 - 35	146	72	49,3 %
36	84	3	3,6 %
37 - 39	262	127	48,5 %
40 - 49	745	238	30,6 %
50 - 57	300	91	30,3 %
60 - 69	315	97	30,8 %
70 - 74	111	23	20,8 %
78 - 79	16	1	6,2 %
80 - 82	102	29	28,5 %
83 - 88 (ausgen. 86)	18	3	16,6 %
86	41	13	31,7 %
90 - 98	48	31	64,7 %
00 - 98	2514	887	35,3 %

Tabelle 2

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
00	2	0	
01	15	1	
03	1	0	
05	13	2	
07	5	3	
08	11	10	
09	45	43	
Summe	92	59	64,1 %
11	2	1	
13	29	18	
16	90	58	
19	6	2	
Summe	127	79	62,2 %

Tabelle 3

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
21	42	7	
22	20	5	
23	16	3	
24	8	0	
25	10	4	
26	2	1	
27	9	1	
Summe	107	21	19,6 %

Tabelle 4

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
30	17	13	
32	6	1	
33	94	55	
34	13	2	
35	16	1	
Summe	146	72	48,5 %

Tabelle 5

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
36	84	3	3,6 %

Tabelle 6

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
37	238	123	
38	15	1	
39	9	3	
Summe	262	127	48,5 %

hatte. Die übrigen 77 fanden sich erst bei der stationären Durchuntersuchung der Patienten. Der Prozentsatz der richtigen ED ist gerade in dieser Gruppe äußerst gering, nämlich nur 19,6 %.

Bei den allergischen, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten liegt die Ziffer der richtigen ED mit 48,5 % erheblich über dem Durchschnitt. Auf die Gründe werde ich später eingehen. Mit 94 Erkrankungsfällen, von denen 55 bereits erkannt waren, macht der Diabetes mellitus den Hauptteil dieser Gruppe aus, gefolgt von allergischen Krankheiten mit 17 Erkrankungen, von denen 4 nicht erkannt worden waren (Tab. 4).

Drei Patienten sind mit einer Psychose eingewiesen worden. Bei weiteren 81 Patienten wurde aber im Krankenhaus eine Psychose festgestellt, was zu einem Ergebnis von 3,6 % richtiger ED führt (Tab. 5). Im Gegensatz dazu steht das Ergebnis, welches man für die Krankheiten des Nervensystems erhält. Hier bringt der Anteil der vasculären Erkrankungen ein völlig anderes Bild (Tab. 6).

Die 238 Erkrankungsfälle verdienen genauere Betrachtung. Während bei der Cerebralsclerose das Verhältnis der erkannten Fälle zu den nicht erkannten 25 : 86 ist, besteht bei Gehirnembolie und -thrombose ein nahezu umgekehrtes Verhältnis von 86 : 20. Das bedeutet, daß der Prozentsatz der richtigen ED im ersten Falle nur 22,5%, im anderen aber 81,1% beträgt. Zusammen ergibt das bei 238 Erkrankungsfällen, von denen 123 richtig diagnostiziert waren, 51,6% richtige ED. Daher fallen die 24 im Krankenhaus festgestellten Fälle anderer Nervenkrankheiten kaum ins Gewicht. Es waren vier dieser Fälle vorher erkannt worden. Man erhält daher für die Gesamtheit der Krankheiten des Nervensystems einen Anteil von 48,5% richtiger ED.

Die größte Gruppe bilden die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 745 Erkrankungsfällen, an denen wiederum die chronischen, nichtrheumatischen Herzerkrankungen (Nr. 451 - 459) mit 347 Fällen am stärksten beteiligt sind (Tab. 7). Allein die Krankheiten des Herzmuskels (Myodegeneratio cordis, Cardiosklerose, Myocardfibrose usw.) sind mit 195 Fällen hier vertreten. Davon hatten einweisende Ärzte 98 Erkrankungen bereits erkannt, was für das Ergebnis dieser Gruppe von großer Bedeutung ist. Denn schon bei den Coronarerkrankungen, ausgenommen dem Infarkt,

Tabelle 7

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
40	4	3	
42	8	1	
43	4	1	
44	41	9	
45	347	133	
46	171	50	
47	11	6	
48	61	11	
49	98	24	
Summe	745	238	30,6 %

wurden von 64 Erkrankungen 46 nicht erkannt. Infarkte konnten im Krankenhaus zusätzlich doppelt so viele nachgewiesen werden, wie vom einweisenden Arzt erkannt wurden. Ähnlich ungünstig liegt das Verhältnis bei den Bluthochdruckformen. Bei 171 Patienten mit einem Hypertonus war nur bei 50 diese ED gestellt worden. Da bei den anderen Krankheiten dieser Gruppe die Zahl der Fälle nicht so groß war, um sie hier einzeln aufzuführen, und das Verhältnis der richtigen ED etwa gleich ist, genügt hier wohl die Zusammenfassung aller Krankheiten des Kreislaufsystems. Von den bereits zu Beginn des Absatzes erwähnten 745 Erkrankungen wurden also insgesamt 238 Patienten mit der richtigen Diagnose eingewiesen. Daraus errechnet sich das Ergebnis von 30,6% zutreffender ED.

Zu den gleichen Prozentsätzen gelangt man bei den nächsten beiden Gruppen, den Krankheiten der Atmungsorgane und denen der Verdauungsorgane. In beiden übersieht man je etwa 300 Krankheitsfälle.

Zunächst die Krankheiten der Atmungsorgane, bei denen die Pneumonien mit 127 und die Bronchitiden mit 86 Erkrankungen bereits über zwei Drittel ausmachen (Tab. 8). Im ersten Falle ist mit 45 richtigen ED das Ergebnis wesentlich besser als im zweiten, bei dem es nur 17 gab. Über die Hälfte der Erkrankungen wurden lediglich bei der Pleuritis ohne

Tabelle 8

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
50	31	12	
51	4	0	
52	6	3	
53	127	45	
54	86	17	
55	1	0	
56	19	11	
57	26	3	
Summe	300	91	30,3 %

Tuberkulose, Nummern 561 - 563, schon vom einweisenden Arzt erkannt. Elfmal führte sie zur Einweisung, achtmal konnte sie zusätzlich im Krankenhaus festgestellt werden. Die Anzahl dieser Fälle ist jedoch zu gering, um auf das Gesamtbild der Gruppe einen wesentlichen Einfluß auszuüben. Denn von insgesamt 300 Erkrankungen sind nur 91 erkannt worden, das sind 30,3 % richtiger ED.

In der Gruppe der Krankheiten der Verdauungsorgane wird das Ergebnis hauptsächlich von vier Diagnosen bestimmt (Tab. 9). Dies sind das ulcus ventriculi und das ulcus duodeni, die Krankheiten der Leber und die Krankheiten der extrahepatischen Gallengänge. Das ulcus ventriculi kam bei 61 Patienten vor, war aber nur bei 27 Patienten vor der Krankenhausaufnahme bekannt. Etwas ungünstiger liegt das Verhältnis bei dem ulcus duodeni, bei dem von 80 Patienten nur 30 wegen ihres Leidens zur Aufnahme kamen. Die Krankheiten der Leber stehen mit 62 Erkrankungen an zweiter Stelle in dieser Gruppe. Hier waren nur 14 vom einweisenden Arzt richtig erkannt worden. Ebenfalls 14 Patienten kamen wegen einer Krankheit der extrahepatischen Gallenwege ins Krankenhaus, obwohl dort insgesamt 76mal diese Diagnose gestellt werden konnte. Unter Einschluß der übrigen Krankheiten der Verdauungsorgane kommt man zu folgenden Summen. Die Zahl der Fälle beträgt 315, die Zahl der richtigen ED 97. Damit erhält man in dieser Gruppe eine Prozentzahl von 30,8 % richtiger ED.

Tabelle 9

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
60	7	2	
61	61	27	
62	80	30	
63	5	2	
64	7	0	
65	1	1	
66	5	2	
67	62	14	
68	76	14	
69	11	5	
Summe	315	97	30,8 %

Die Zahl der Patienten mit Krankheiten des Uro-Genitalsystems, die in der nun folgenden Gruppe erscheint, ist schon wesentlich geringer im Vergleich zu den zuletzt besprochenen Kapiteln (Tab. 10). Doppelseitige Nierenerkrankungen (701 - 709) wurden bei 28 Patienten festgestellt. 21 dieser Erkrankungsfälle waren aber mit anderen Diagnosen zur Aufnahme gekommen. Das gleiche Verhältnis findet sich bei den einseitigen Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege. Von 58 Erkrankungen waren 14 vor der Krankenhausaufnahme nicht bekannt. Da aber noch einige Fälle mit Erkrankungen der männlichen oder weiblichen Geschlechtsorgane berücksichtigt werden müssen, ergibt sich hier das Verhältnis von

Tabelle 10

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
70	28	7	
71	58	14	
72	14	2	
74	11	0	
Summe	111	23	20,8 %

111 Erkrankungsfällen, von denen 23 mit einer richtigen Diagnose eingewiesen worden sind. Hier heißt die Prozentzahl also 20,8 %.

Der Vollständigkeit halber müssen noch 16 Patienten mit Erkrankungen der Haut erwähnt werden (Tab. 11). Nur einer dieser Kranken kam wegen seines Hautleidens zur Aufnahme, bei den übrigen konnte der Befund erst im Krankenhaus geklärt werden. Die Errechnung einer Prozentzahl darf wegen der geringen Zahl hier unterbleiben.

Tabelle 11

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
78	10	1	
79	6	0	
Summe	16	1	

Bei den Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane ist auffallend, daß von 52 Erkrankungen, die unter den Ziffern 801 - 809 zusammengefaßt sind, 22 bereits bei der Aufnahme bekannt waren (Tab. 12). Es handelt sich dabei um deformierende Arthrosen, chronischen Gelenkrheumatismus, Morbus Bechterew und sonstige entzündliche und degenerative Gelenkerkrankungen. Anders ist es bei den "sonstigen Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane", Nummern 821 - 829, mit Osteomyelitis, Osteochondrose und -porose, Sudeck'scher Atrophie, Bandscheibenschäden. Hier waren nur 5 Patienten mit einer richtigen Diagnose eingewiesen worden, weitere 42 Patienten waren aber an einer dieser Krankheiten erkrankt.

Tabelle 12

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
80	52	22	
81	3	2	
82	47	5	
Summe	102	29	28,5 %

Zusammen mit den Fällen von Muskelrheumatismus sind das 102 Erkrankungen, von denen 29 vor der Einweisung bekannt waren.

Weiter gehören in die Gruppe 8.. angeborene Mißbildungen, besondere Krankheiten der frühesten Kindheit und Krankheiten der Sinnesorgane. Der Art des Krankenhauses für interne Medizin entsprechend, ist die Zahl der festgestellten Erkrankungen hier äußerst gering, nämlich insgesamt 18 (Tab. 13). Davon entfallen allein auf die Krankheiten der Sinnesorgane 15 Fälle. Bei der Einweisung waren je einmal eine Krankheit der Augen, der Ohren und eine Mißbildung bekannt. Von den 18 Fällen also nur drei.

Tabelle 13

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
83	2	1	
84	1	0	
87	6	1	
88	9	1	
Summe	18	3	16,6 %

Die Krankheiten der blutbildenden Organe, wieder gesondert betrachtet, ergeben folgendes Bild: dreizehn Patienten wurden mit einer richtigen Diagnose eingewiesen. Bei weiteren 28 Patienten konnte eine Krankheit der blutbildenden Organe im Krankenhaus entdeckt werden. Somit ist der Prozentsatz der richtigen ED hier 31,7% (Tab. 14). Zu beachten ist, daß hier nicht die malignen Krankheiten der blutbildenden Organe, wie z. B. die leukaemischen und aleukaemischen Myelosen und Lymphadenosen, enthalten sind. Diese wurden bereits in der Gruppe der Malignome mit den Ziffern 251 - 259 geführt. Es waren dort von den 10 Erkrankungen vier bereits vor der Krankenhausaufnahme diagnostiziert worden.

Tabelle 14

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
86	41	13	31,7 %

In der letzten Gruppe, in der Verletzungen und Vergiftungen nach der N-Systematik zusammengefaßt sind, ist naturgemäß die Zahl der Vergiftungen, meist in suicidaler Absicht, am stärksten vertreten (Tab. 15). Von 25 Intoxikationen, hier fast nur mit Schlafmitteln, waren nur zwei mit einer unklaren Diagnose zur Aufnahme gekommen. Insgesamt setzt sich die Gruppe 90 - 98 aber aus 48 Fällen zusammen, von denen bei 31 die Art bereits dem einweisenden Arzt bekannt war. Zu erwähnen wäre hier noch, daß die Zahl der Vergiftungen natürlich wesentlich höher war. Die Zahl der als Notfälle aufgenommenen Patienten, bei denen es sich in der Hauptsache um Suicidversuche mit Schlafmitteln gehandelt hat, beträgt ein Vielfaches. Da sie aber ohne Einweisungsdiagnose aufgenommen wurden, konnten sie für diese Statistik nicht herangezogen werden. Bei den ausgewerteten Fällen ist das Verhältnis mit 64,7 % richtiger ED wieder sehr günstig.

Tabelle 15

Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
90	3	1	
91	11	5	
92	5	1	
96	4	1	
98	25	23	
Summe	48	31	64,7 %

Bei Betrachtung der bisher aufgeführten Ergebnisse fällt auf, daß sich die Prozentzahlen der richtigen Diagnosen in den verschiedenen Gruppen nach ihrer Höhe in Klassen ordnen lassen. Die Differenzen zwischen diesen Güteklassen betragen mindestens zehn Prozent, innerhalb einer Klasse höchstens drei Prozent. Lediglich bei Klassen, die ein kleineres Material übersehen, ist die Schwankungsbreite etwas größer.

Es lassen sich fünf Klassen bilden.

	Nr. der Dezimal-klassifikation	Zahl der klin. Diagn.	Zahl der richtigen ED	% Zahl r. ED
1.)	00 - 19	219	138	63,0 %
	90 - 98	48	31	64,7 %
2.)	30 - 35	146	72	49,3 %
	37 - 39	262	127	48,5 %
3.)	40 - 49	745	238	30,6 %
	50 - 57	300	91	30,3 %
	60 - 69	315	97	30,8 %
	80 - 82	102	29	28,5 %
	86	41	13	31,7 %
4.)	21 - 25	96	19	19,6 %
	26 - 27	11	2	18,1 %
	70 - 74	111	23	20,8 %
	83 - 84	18	3	16,6 %
	87 - 88			
5.)	36	84	3	3,6 %
	78 - 79	16	1	6,2 %

Die Prozentzahlen richtiger ED der 1. Klasse betragen 63,0 und 64,7 % und liegen damit weit über dem Durchschnitt. Mit rund 49,0 % richtiger ED liegt das Ergebnis der 2. Klasse ebenfalls über dem Durchschnitt.

Das bei weitem umfangreichste Material ist in Klasse 3 zusammengefaßt und ist mit dem Prozentsatz von rund 30% richtiger ED bestimmend für das Gesamtergebnis.

Sehr eindeutig sind auch die Zahlen der 4. Klasse, die um 20% richtiger ED liegen, obwohl hier schon die Summen der Diagnosen wesentlich geringer sind.

Recht unbedeutend ist der kleine in Klasse 5 zusammengefaßte Rest.

V.

Wie man aus den bisher angeführten Ergebnissen, verdeutlicht durch die im vorigen Kapitel getroffene Einteilung, ersieht, ist die relative Häufigkeit der "Fehldiagnosen" in den verschiedenen Krankheitsgruppen nicht etwa gleich, sondern zeigt markante Unterschiede. Es läßt sich dies auf mehrere Ursachen zurückführen, die aufzuzeigen Aufgabe der folgenden Ausführungen ist.

Es erhebt sich zunächst die Frage, warum in einigen Krankheitsgruppen das Ergebnis überdurchschnittlich gut ist. Bei den Vergiftungen, die in der Aufstellung an günstigster Stelle stehen, ist die Stellung einer richtigen Diagnose selbst für einen Arzt, der den Patienten zum ersten Mal sieht, häufig nicht allzu schwierig. Zu dem Bild, das der Patient bietet, erhält man entweder durch Angehörige die Anamnese, aus der die suicidale Absicht hervorgeht. Oder vorgefundene Behälter und Schachteln geben einen Hinweis auf das Mittel, das von dem Patienten absichtlich oder versehentlich eingenommen wurde. Richtungsweisend ist das Koma, wenn der Patient nicht noch bei Bewußtsein ist und selber Auskunft geben kann.

In der nächsten Gruppe handelt es sich um infektiöse und parasitäre Krankheiten. Der größte Anteil wird durch die Kinderkrankheiten, nämlich Scharlach, Masern, Rubeolen, Varicellen, Pertussis und Mumps gebildet. Diese Krankheiten bieten wohl nur geringe differentialdiagnostische Schwierigkeiten, handelt es sich doch um "klassische" Erkrankungen. Zur Diagnose sind kaum Untersuchungen technischer Art, Labor oder Röntgen, notwendig. Sie wird am Bett des Kranken gestellt. Bestätigt wird das dadurch, daß die mononucleosis infectiosa, die auch in dieser Gruppe enthalten ist, ein anderes Bild bietet. Das Pfeiffersche Drüsenfieber wurde im Krankenhaus sechsmal diagnostiziert, war aber nicht ein einziges Mal als Einweisungsdiagnose erschienen. Diese lauteten folgendermaßen:

1.) Halslymphome
2.) Hochfieberhafte entzündliche Halsdrüsenerkrankung, Angina
3.) Hochfieberhafter Infekt, Angina mit starker Drüsenbeteiligung
4.) Rachen - Nasen - Diphtherie

5.) Diphtherie
6.) Leukaemie

Hier also bei großer differentialdiagnostischer Schwierigkeit keine richtige Diagnose, obwohl es sich um eine Infektionskrankheit handelt. Nach HEGGLIN ist die Diagnose fast nur durch Blutbefund, Hanganatziu-Deicher-Reaktion (Paul-Bunnel-Test) oder sogar Lymphknotenpunktion zu stellen.

Bei 49,0 % liegen die Prozentzahlen der beiden nächsten Krankheitsgruppen. Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten und Störungen der inneren Sekretion sind in dieser Gruppe zusammengefaßt. Überwiegend sind aber Patienten mit einem Diabetes mellitus hier angeführt, wodurch das Ergebnis entscheidend beeinflußt wird. Denn bei vielen dieser Patienten ist die Diagnose ja bereits bekannt, häufig schon durch frühere Klinikaufenthalte. Diese Patienten werden zur Neueinstellung ihrer Stoffwechsellage oder Behandlung diabetischer Komplikationen mit der richtigen Diagnose ins Krankenhaus eingewiesen. Daraus erklärt sich hier die im Vergleich zum Durchschnitt hohe Zahl der richtigen Einweisungsdiagnosen.

Ebenfalls in dieser Gruppe steht die vegetative Dystonie mit allen ihren Synonyma. Bei nur zwei Patienten fand sie sich als Einweisungsdiagnose und hat sich nicht bestätigt. In der Klinik stellte man sie bei dreißig Patienten, die mit anderen Diagnosen zur klinischen Behandlung geschickt worden waren, fest. In diesem Beispiel gibt es also nicht eine einzige richtige ED. Trotzdem ist das Gesamtergebnis dieser Gruppe so gut.

Die Tetanie wurde in 25 Fällen in der Klinik diagnostiziert. Davon sind nur sechs bereits von den einweisenden Ärzten erkannt worden. Bei vier weiteren, als Tetanie eingewiesenen Fällen handelte es sich um andere Erkrankungen. Das bedeutet, daß nur 24,0 % der Patienten mit der richtigen Diagnose eingewiesen worden sind. Außerdem fällt auf, daß die Diagnose Tetanie zwar selten gestellt wurde, sich aber in mehr als der Hälfte der Fälle als richtig erwies.

Die 262 Krankheitsfälle aus der Gruppe der Krankheiten des Nervensystems scheinen für eine Innere Klinik außerordentlich hoch, erklären sich aber schnell dadurch, daß vasculäre Erkrankungen enthalten sind. Sämtliche apoplektischen Insulte erscheinen also hier. Damit ist auch das Ergebnis

dieser Gruppe begründet. Das akute Ereignis, das führende Symptom einer halbseitigen Lähmung, die Sprachstörung bei älteren Patienten führen meist schon zur richtigen Diagnose. Ein erhöhter Blutdruck oder die Möglichkeit einer Embolie sind meist bekannt und sichern die Diagnose. Außer den vasculären Erkrankungen sind noch "sonstige Krankheiten des Nervensystems" in dieser Gruppe enthalten. Hier wurden aber von 15 Fällen 14 erst in der Klinik erkannt. Etwas günstiger ist das Verhältnis bei den Erkrankungen der peripheren Nerven, Ganglien und des autonomen Systems. Ein Drittel der neun Fälle war als richtige Einweisungsdiagnose genannt. Trotz der beiden zuletzt genannten Untergruppen bleibt wegen ihrer verhältnismäßig kleinen Zahl das Ergebnis der ganzen Gruppe doch noch überdurchschnittlich gut. Die Gründe dafür sind bereits oben genannt.

An dieser Stelle kämen jetzt die Ergebnisse der dritten Gruppe, die ich jedoch wegen der Übereinstimmung erst am Ende mit dem Gesamtergebnis besprechen möchte.

Zunächst also mit rund 20% zutreffender ED die Ergebnisse bei den malignen und benignen Tumoren und den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Die außerdem hierher gehörenden Ergebnisse der Gruppe "angeborene Mißbildungen" und Krankheiten der Sinnesorgane bedürfen keiner eigentlichen Diskussion. Die Zahl aller Fälle beträgt in beiden Gruppen zusammen nur achtzehn, ist also für eine statistische Aussage zu gering. Außerdem handelt es sich einmal um Krankheiten, die nur als Nebenbefund von Interesse sind oder in ein anderes Fachgebiet gehören. Beispielsweise wird ein praktischer Arzt, der einen Patienten wegen einer Herzinsuffizienz in das Krankenhaus einweist, eine Cheiloschisis nicht erwähnen, besonders wenn sie schon in der Jugend des Patienten operativ behandelt wurde. Trotzdem wird sie aber in der klinischen Diagnose der Vollständigkeit halber aufgeführt sein. Im anderen Falle wird z. B. häufig eine Cataracta incipiens erst bei der fachärztlichen Beurteilung eines Fundus hypertonicus entdeckt werden.

Andere Gründe haben jedoch die schlechten Ergebnisse bei den Tumoren. Die Diagnostik ist hier außerordentlich schwierig. "Krebs ist im wirklichen Anfangsstadium im Regelfalle nicht diagnostizierbar." (STICH-BAUER). Weiter heißt es, sei die Krebsdiagnostik nur zu oft eine Diagnostik der Krebskomplikationen. Entscheidend sei, daß der Hausarzt immer argwöh-

nisch sei und "daran denke".

Ein Leitsymptom gibt es bei malignen Tumoren nicht, "Klinisch ist jede Erkrankung mit schleichendem Beginn, Müdigkeit, unklaren Allgemeinsymptomen im mittleren und hoheren Alter tumorverdächtig" (HEGGLIN).

Das gleiche Bild bietet sich in der Gruppe der Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Das Ergebnis ist mit 20,8% richtiger ED weit unter dem Durchschnitt und ebenso unbefriedigend wie bei den Tumoren. Eine Krankheit dieser Art ist zwar meist nicht so akut bedrohlich wie ein Malignom, es bleibt aber zu bedenken, daß eine nicht erkannte und behandelte Pyelitis zu einer Defekt"heilung" führen kann, die im Endstadium ebenfalls zu einem tödlichen Ausgang führt. Auch hier haben wir wie bei den malignen Tumoren eine relativ stark ausgeprägte Symptom-"armut". Die daraus resultierende Pyelonephritis verläuft nach J. MOELLER in langen Intervallen scheinbarer Heilung beschwerdefrei und fast symptomlos. SPÜHLER spricht von einer "armseligen" Symptomatik. Die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose ergibt sich aus der Häufigkeit dieser Krankheit. Sie soll im Sektionsmaterial bei 7 - 8% aller Obduktionen, nach anderen Angaben zwischen 2 und 20% gefunden worden sein. In dem von mir bearbeiteten Material fanden sich 84 Fälle, was einem Anteil von 3,5% entspricht. MOELLER schätzt die durchschnittliche Häufigkeit auf etwa 5%. Er glaubt, daß zwei Drittel aller autopisch verifizierten Pyelonephritiden klinisch nicht diagnostiziert werden. Da aber zudem von den klinisch gesicherten Fällen nach meinen Untersuchungen nur 20% vorher erkannt waren, läßt sich daraus schnell errechnen, daß nur 6% der Erkrankungsfälle dem niedergelassenen Arzt bekannt sind und zu einer Krankenhauseinweisung führen.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch die Ergebnisse der Krankheiten der Haut und die psychischen Erkrankungen erwähnt. Die Ergebnisse stehen mit 6,2% richtiger ED im ersten Falle und 3,6% im anderen an letzter Stelle. Es handelt sich hier aber um andere Fachgebiete und erlauben wegen der geringen Zahl keine eindeutigen Aussagen.

In der dritten Gruppe sind die Prozentzahlen richtiger ED mit rund 30% ziemlich konstant. Hier ist auch die Zahl der Fälle am größten. Mit 1503 klinischen Diagnosen übersieht man mehr als die Hälfte des gesamten Materials. Es handelt sich um die Krankheiten der Kreislauforgane,

der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, der Knochen und der blutbildenden Organe, also dem Hauptgebiet der Inneren Medizin. Nahezu gleiche Ergebnisse erhält man mit 30,6% richtiger ED bei den Krankheiten der Kreislauforgane, 30,3% bei den Krankheiten des Atmungssystems und 30,8% bei den Krankheiten der Verdauungsorgane. Noch ein wenig darüber, aber weit innerhalb der Grenzen des Zufallfehlers, liegen mit 31,7% richtiger ED die Krankheiten der blutbildenden Organe. Die Knochenerkrankungen folgen mit 28,5% zutreffender ED. Die Übereinstimmung dieser Ergebnisse untereinander und mit dem Gesamtergebnis macht die Zuverlässigkeit dieser Auswertung und ihre Richtigkeit sehr wahrscheinlich.

Das bedeutet nun, daß nur jeder dritte Patient mit der richtigen Diagnose eingewiesen worden war. Als Begründung darf man sicher nicht die wenigen tatsächlich unklaren Fälle, die zur eigentlichen Diagnostik eingewiesen werden, hier entschuldigend anführen. Es gibt erfreulicherweise Ärzte, die sich nicht scheuen, in einem unklaren Fall die Klinik um Hilfe bei der Findung der richtigen Diagnose zu bitten. Der Hauptteil der Kranken wird bei angeblich feststehender Diagnose entweder wegen der Schwere des Krankheitsbildes oder bei sogenannter "Therapieresistenz" in das Krankenhaus geschickt. Tatsächlich dürfte es sich aber in den meisten Fällen um eine falsche Therapie bei falscher Diagnose handeln.

In einigen wenigen Fällen gibt es eine Ausnahme, die aber unser Ergebnis kaum beeinflussen dürfte. Es handelt sich um Patienten, die mit einer absichtlich falschen Diagnose aufgenommen werden müssen. Der einweisende Arzt will eine Aufnahme erzwingen und muß sie dem Kostenträger gegenüber begründen. Meistens besteht bei den Patienten eine "soziale Indikation", die für den Arzt eine echte Indikation bedeuten kann. Leider wird er in diesen Fällen zu einer "Fehldiagnose" gezwungen. Schließlich führt der Zeitmangel des einweisenden Arztes häufig dazu, daß er nur eine Klage des Patienten oder ein Symptom bei der Stellung einer Diagnose berücksichtigt und damit bereits schon die Aufnahme im Krankenhaus erreicht.

Trotz aller bisher gebrachten "Begründungen" bleibt doch das gefundene Ergebnis von nur rund 30% richtiger ED bedenklich. Daß es in anderen Fällen noch ungünstiger sein kann, habe ich bereits beschrieben. Ernst zu nehmen ist, daß es sich dort gerade um maligne Tumoren handelt. Aber

der Grad der Schwere oder der Bösartigkeit einer Erkrankung sollte in unserem Bemühen um eine richtige Diagnose nicht den Ausschlag geben. Aufgabe ist es auch, die Gesundheit zu erhalten, zu beschützen oder im Krankheitsfalle den Verlauf zu erleichtern und abzukürzen mit dem Ziel, die Gesundheit möglichst wiederherzustellen. Dies ist aber nur durch eine richtige Diagnose in ausreichendem Maße gewährleistet.

Nicht vergessen darf man, daß alle angestellten Betrachtungen nicht eingeschlossen haben, daß von den vom einweisenden Arzt gestellten Diagnosen doch 48,9% richtig waren. Trotzdem war die geübte Betrachtungsweise notwendig. Selbst wenn eine Krankheit richtig erkannt ist, bleibt die Möglichkeit, daß der Patient noch an einer zweiten erkrankt sein könnte. Abgesehen davon, daß zu wenig richtige Diagnosen gestellt werden, sind es also auch einfach zu wenig Diagnosen. Das Verhältnis von 1813 Einweisungsdiagnosen zu 2514 klinischen Diagnosen zeigt das auch deutlich.

VI.

1.) Untersucht wurde das Krankengut der inneren Abteilung eines größeren Krankenhauses in Berlin im Jahre 1961.

2.) Es wurden insgesamt 1597 Fälle bearbeitet.

3.) Davon konnten 240 Fälle wegen unvollständiger Angaben nicht verwertet werden.

4.) Die 1357 verwertbaren Fälle setzten sich aus
629 männlichen Patienten und
728 weiblichen Patienten zusammen.

5.) Bei diesen Patienten wurden 1695 Einweisungsdiagnosen gestellt.

6.) Es wurden 192 mal Symptome, Befunde oder ein Organ statt einer Einweisungsdiagnose oder als Zusatz zu ihr angeführt.

7.) 118 weitere Diagnosen waren ausdrücklich nur als Verdacht geäußert worden.

8.) In der Klinik wurden insgesamt 2514 Diagnosen gestellt.

9.) Von den 1813 Einweisungsdiagnosen (einschließlich Verdachtsdiagnosen) wurden 887 in der Klinik bestätigt.

10.) Von den Einweisungsdiagnosen haben sich also 48,9% in der Klinik bestätigt.

11.) Von den klinischen Diagnosen waren 35,3% vom einweisenden Arzt bereits erkannt worden.

12.) Große Unterschiede zeigten sich bei der Differenzierung nach Krankheitsgruppen.

Um 60%: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen
Vergiftungen

Um 50%: Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten
Krankheiten des Nervensystems

Um 30%:	Krankheiten des Kreislaufsystems, der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, der Knochen und der blutbildenden Organe
Um 20%:	Neubildungen (maligne und benigne Tumoren) Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane Mißbildungen und Krankheiten der Sinnesorgane
Unter 10%:	Psychische Erkrankungen und Hautkrankheiten

VII.

LITERATURVERZEICHNIS

1.) Bleuler, Eugen: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin 1962.

2.) Bürger, Max: Klinische Fehldiagnosen. Stuttgart 1953.

3.) Fiessinger, Noel: Diagnostics pratiques. Paris 1948.

4.) Freudenberg, Karl: Grundriß der medizinischen Statistik. Stuttgart 1962.

5.) Garrè-Stich-Bauer: Lehrbuch der Chirurgie. Berlin 1958.

6.) Hegglin, Robert: Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Stuttgart 1963.

7.) Moeller, Julius: Die Bedeutung der Pyelonephritis für den praktischen Arzt. n + m $\frac{1}{}$ · 2 S. 48. 1964.

8.) Risak, Erwin: Der klinische Blick. Wien 1942.

9.) Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Internationales und deutsches Verzeichnis der Krankheiten. 1958.

10.) White, Benjamin V. und Geschickter, Charles F.: Diagnosis in daily practice. Philadelphia 1947.

ANHANG

Wichtige Positionen der Deutschen Allgemeinen Systematik der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nach der Art der Schädigung: N-Systematik)

I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten

00 Tbc der Atmungsorgane mit Staublungenerkrankungen
01 Tbc " " ausschließlich Staublungenerkrankungen
02 Tbc der Hirnhäute, des ZNS und Miliartbc
03 Aktive Tbc sonstiger Organe
05 Syphilis
07 Typhus und Paratyphus
08 Sonstige Infektionen, die gewöhnlich im Verdauungstrakt entstehen
09 Scharlach
11 Diphtherie
13 Sonstige bakt. Krankheiten
16 Sonstige Viruskrankheiten
19 Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten

II. Neubildungen

21 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
22 " " " Atmungsorgane
23 " " " Brustdrüse, Harn- und Geschlechtsorgane
24 " " " sonstigen Organe und unbekannten Sitzes
25 Neubildungen der lymphat. und blutbildenden Organe
26 Gutartige Neubildungen
27 Neubildungen unbekannten Charakters

III. Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, Störung der inneren Sekretion

30 Asthma bronchiale
31 Sonstige allergische Krankheiten
32 Krankheiten der Schilddrüse
33 Diabetes mellitus
34 Störungen sonstiger endokriner Drüsen
35 Avitaminosen und sonstige Stoffwechselkrankheiten

V. Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen

36 Psychosen, Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen

VI. Krankheiten des Nervensystems

37 Gefäßstörungen des ZNS
38 Sonstige Krankheiten des ZNS
39 Krankheiten der peripheren Nerven und Ganglien

VII. Krankheiten des Kreislaufsystems

40 Fieberhafte rheumatische Erkrankungen ohne Herzbeteiligung
41 " " " mit Herzbeteiligung
42 Chronische rheumatische Herzerkrankungen
43 Akute und subakute, nichtrheumatische Herzerkrankungen
44 Herzfunktionsstörungen
45 Sonstige chronische, nichtrheumatische Herzerkrankungen
46 Bluthochdruck
47 Blutunterdruck und sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems
48 Krankheiten der Arterien
49 Krankheiten der Venen und Lymphknoten

VIII. Krankheiten der Atmungsorgane

50 Erkrankungen der Mandeln
51 Sonstige akute Krankheiten der oberen Luftwege
52 Grippe
53 Pneumonie
54 Bronchitis
55 Sonstige Infektionen der Atmungsorgane
56 Pleuritis
57 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane

IX. Krankheiten der Verdauungsorgane

60 Krankheiten der Mundhöhle und der Speiseröhre
61 Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür
62 Sonstige Krankheiten des Magens und des Zwölffingerdarmes
63 Blinddarmentzündung

64 Eingeweidebruch
65 Darmverschluß ohne Eingeweidebruch
66 Sonstige Krankheiten des Darmes und Bauchfells
67 Krankheiten der Leber
68 Krankheiten der Gallenblase
69 Krankheiten der Bauchspeicheldrüse

X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

70 Nephritis und Nephrose
71 Sonstige Krankheiten der Harnorgane
72 Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane
74 Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane

XII. Krankheiten der Haut

78 Infektionen der Haut und des Unterhautzellgewebes
79 Sonstige Krankheiten der Haut

XIII. Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane

80 Entzündliche und degenerative Gelenkerkrankungen
81 Muskelrheumatismus
82 Sonstige Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane

XIV. Angeborene Mißbildungen

83 Angeborene Mißbildungen

XV. Besondere Krankheiten der frühesten Kindheit

84 Besondere Krankheiten der frühesten Kindheit

Zu IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

86 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

Zu VI. Krankheiten der Sinnesorgane

87 Augenkrankheiten
88 Krankheiten des Ohres

XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nach Art der Schädigung (N-Systematik)

90 Verletzung von Kopf, Schädel, Gehirn, Hirnnerven, Wirbelsäule und Rückenmark
91 Knochenbrüche
92 Verrenkungen, Verstauchungen, Zerrungen
96 Oberflächliche Verletzungen, Prellungen und Quetschungen ohne Hautverletzung
98 Vergiftungen

LEBENSLAUF

Am 30. März 1937 wurde ich als zweiter Sohn des Diplom-Ingenieurs Curt Pillau und seiner Frau Alma, geborene Colnago, in Berlin-Schöneberg geboren.

In Wien, Spremberg (Niederlausitz) und Berlin besuchte ich die Volksschule und bestand 1956 auf dem mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig der Schadow-Schule in Berlin-Zehlendorf die Reifeprüfung.

Zum Sommersemester 1956 ließ ich mich an der medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin immatrikulieren. Nach dem fünften Semester bestand ich das Physikum und legte, nachdem ich eines der klinischen Semester in Wien gehört hatte, am 11. April 1962 das medizinische Staatsexamen der Freien Universität Berlin ab.

Nach meiner Heirat übersiedelte ich mit meiner Frau im Oktober 1962 nach München. Meine Approbation erhielt ich ab 14. Mai 1964 durch den Senator für das Gesundheitswesen in Berlin.